

# Oppimisterapeuttinen näkökulma alkoholi- ongelmien hoidossa

Ilkka Halonen

Perinnäiselle käsitykselle alkoholismista ovat olleet tyypillisiä seuraavankaltaiset taustaoletukset: 1) alkoholismi on tunnistettavissa oleva ja yhtenäinen ilmiö, 2) alkoholistit ovat fysiologisesti tai biokeemiallisesti ei-alkoholisteista poikkeava ryhmä ja 3) alkoholismi on etenevä ja parantumaton sairausprosessi, jolle on luonteensaomaista alkoholin käytön hallinnan menettäminen (Miller & Caddy 1977).

Näitä AA-liikkeen ja osaksi myös perinnäisen tieteellisen tradition peruskäsityksiä vastaan on 60- ja 70-luvulla nousut behavioristisesti suuntautuneen tutkimuksen piiristä arvostelua, joka perustaa vastaväitteensä kasvavaan empiiriseen tutkimusaineistoon. Tämän psykologisiin oppimisteorioihin pohjaavan tutkimuslinjan keskeisiä väittämiä ovat mm. seuraavat: 1) alkoholismi ei ole tietty tila, vaan kokoelma oireita ja käyttäytymismuotoja, jotka muodostavat erilaisia oireyhtymiä; 2) ei voida tehdä selvää rajaa alkoholistien ja ei-alkoholistien välille, ei myöskään näiden esiasteiden välille; 3) vahingollisiin seurauksiin johtava alkoholin käytön kehityskulku vaihtelee suuresti eri ihmisten välillä; 4) ei ole mitään perustavaa laatua olevaa biologista alttiutta alkoholin väärinkäyttöön; 5) jotkut alkoholisteiksi leimautuneet yksilöt voivat ainakin kontrolloiduissa olosuhteissa oppia juomaan kohtuullisesti; 6) on empiiristä tukea sille, että alkoholiongelmat ovat palautuvia ja parannettavissa; 7) alkoholiongelmat ovat aina yhteydessä muihin elämänongelmiin; 8) on mielekasta kehittää erisisältöisiä ja päämääriltään erilaisia hoitomenetelmiä toisistaan poik-

keaville alkoholiongelmaisten kohderyhmille (Pattison & al. 1977; Sandahl 1977).

## TEORIATAUSTA JA VARHAISET SOVELLUKSET

Oppimisteoriat ja niiden periaatteita soveltavat oppimisterapiat<sup>1</sup> pohjautuvat alun perin yksinkertaiseen ärsyke—reaktio (S—R)—kaavioon sekä ehdollistumisen periaatteisiin. On erotettu kolme ehdollistavan oppimisen lajia. *Klassisessa ehdollistamisessa* (Pavlov) alun perin neutraali, ehdollinen ärsyke liitetään käyttäytymisreaktion ehdottomasti aiheuttavaan ärsykkeeseen. Ehdollistumisen tapahduttua pelkkä ehdollinen ärsyke riittää yksinään aiheuttamaan käyttäytymisreaktion. *Välineellisen ehdollistumisen* (Skinner) periaatteena on se, että käyttäytymisen seuraukset vaikuttavat sen esiintymiseen tulevaisuudessa. Erilaiset palkinnot ja rangaistukset, jotka ovat luonteeltaan aineellisia tai sosiaalisia, voivat vahvistaa käyttäytymistä tai sammuttaa sen. *Mallioppiminen*, jota uudempi sosiaalinen oppimisteoria korostaa, merkitsee oppimisen tapahtumista seuraamalla toisen käyttäytymistä ja sen seurauksia. Kaikkia edellä mainittuja oppimisen lajeja voidaan periaatteessa käyttää terapian apuvälineinä tarkoituksellisen käyttäytymisen muutoksen aikaansaamiseksi.

Mekanististen lähtökohtiensa vuoksi oppimisteoreettisen lähestymistavan anti päihdeongelmaisten hoidossa oli vuosi-

<sup>1</sup>Behavior therapy; myös käyttäytymisterapia.

kausia varsin kapea-alainen. Huomio oli 1960-luvulle asti keskittynyt melkein yksinomaan *aversio-* eli *inhotushoitoon*, jonka tavoitteena oli klassisen ehdollistamisen periaatteita hyväksi käyttäen yhdistää alkoholiin ja sen käyttötilanteisiin epämiellyttäviä ärsyksiä ja siten saada ongelmakäyttäjät luopumaan alkoholin käytöstä. Apuvälineinä, ehdottomina ärsykkeinä, on käytetty pääasiassa pahoinvointia aiheuttavia lääkeaineita, joiden vaikutus on ehdollistettu alkoholiin tai juomistilanteeseen. Myös sähköiskuja ja sanallista suggestiota on käytetty inhotusvaikutuksen luomisessa (Rachman & Teasdale 1969). Tulokset tästä pelkistetyistä inhotushoidosta eivät kuitenkaan ole olleet erityisen hyviä eivätkä kestäviä. Lisäksi hoidon ”negatiivinen” luonne on aiheuttanut ristiriitaisuutta tunnustettujen psykoterapeuttisten periaatteiden kanssa.

Aversiohoidon yksipuolinen käyttö jätti vähälle huomiolle ahdistuneisuuden osuuden alkoholin ongelmakäyttöä motivoivana tekijänä. Tämä hoitomenetelmä saattoi johtaa pikemminkin ahdistuneisuuden lisääntymiseen pyrkiessään poistamaan ahdistuksen lievittäjänä toimineen alkoholin käytön. Oppimisterapeuttinen hoitolinja koettikin seuraavana askeleenaan täydentää aversiohoitoa ahdistusta lievittäväillä terapiamuodoilla. Selvänä olevalla esiintyvää ahdistuneisuutta pyrittiin käsittelemään rentoutusmenetelmillä sekä niihin perustuvalla ns. systemaattisella desensitisaatiolla (= pelättyjen kohteiden tai tilanteiden lähestymisellä mielikuvitustasolla rentoutuneessa tilassa). Tämän hoitomenetelmien yhdistämisen avulla pystyttiin hoitotuloksia jonkin verran parantamaan (mm. Blake 1967).

Vasta *sosiaalisen oppimisteorian* voimakas kehittyminen 1960-luvun lopulla loi pohjan monipuolisemmille ja eriytyneemmille lähestymistavoille. Alettiin korostaa yksilöllistä oppimishistoriaa sekä sosiaalisen ympäristön osuutta ongelmakäyttöä ja alkoholismia aiheuttavina tekijöinä. Sosiaalisen oppimisteorian

edustajat näkevät alkoholin väärinkäytön *sosiaalisessa ympäristössä syntyneenä opittuna käyttäytymismallina, jota ylläpitävät lukuisat edeltävät vihjeet ja vahvistavat seuraukset, jotka voivat olla luonteeltaan psykologisia, sosiologisia tai fysiologisia. Sellaiset tekijät kuin ahdistuksen väheneminen, sosiaalisen tunnusituksen ja ystävien hyväksynnän lisääntyminen, luontevampi käyttäytyminen muiden seurassa tai ruumiillisten vieroitustoireiden välttäminen saattavat ylläpitää väärinkäyttöä* (Miller 1976).

## LAAJA-ALAISEN OPPIMISTERAPIAN TAVOITTEET

Sosiaaliseen oppimisteoriaan perustuva laaja-alainen terapia on kiinnittänyt huomiota määriteltyjen ja jäsenneiltyjen hoitotavoitteiden luomiseen. Koska alkoholiongelmaisen ihmisen nykytila nähdään yksilölliseen elämänhistoriaan liittyneiden oppimistapahtumien tuloksena, ei hoidon päämäärä voi olla sama kaikille ongelmakäyttäjille. Niinpä esimerkiksi elinikäinen ehdoton raittius itsestään selvänä päämääränä on oppimisterapeuttisesti suuntautuneiden tutkijoiden piirissä asetettu kyseenalaiseksi.

Uudemmat ja laaja-alaisemmat oppimisterapiasuuntaukset eroavat aikaisemmista ensinnäkin siinä, että ne paljon suuremmassa määrin tunnustavat tarpeen eritellä yksittäisen alkoholistin juomista edeltäviä ja seuraavia ärsyksiä. Toiseksi ne ovat tunnollisemmin keränneet tietoa hoitotuloksista. Merkittävä ero on myös kontrolloidun juomisen tunnustaminen mahdolliseksi hoitotavoitteeksi ehdottoman raittiuden asemasta ainakin joidenkin ongelmakäyttäjien kohdalla (Hamburg 1975).

Sosiaaliseen oppimisteoriaan perustuvan laaja-alaisen terapian tavoitteet on Miller (1976) kuvannut seuraavasti:

- 1) alkoholin ongelmakäyttöä edeltävien ja sitä seuraavien tapahtumien yksityiskohtainen arviointi;

- 2) sosiaaliseen oppimisteoriaan perustuvien hoitomenetelmien soveltaminen

väärinkäytölle vaihtoehtoisten sosiaalisten taitojen opettamiseksi;

3) ongelmajuomisen ja raittiuden seurausvaikutusten uudelleen järjestely normaalissa elinympäristössä;

4) objektiivisia mittausten menetelmiä käyttävä lyhyen ja pitkän aikavälin arviointi terapeutin välitulon vaikutuksista.

Seuraavassa näitä tavoitteita tarkastellaan yksityiskohtaisemmin osaksi Millerin em. esitykseen tukeutuen.

### *Ongelman arviointi*

Koska oppimisterapeutit perustavat toimenpiteensä alkoholiongelmaisen yksilöllisen alkoholinkäyttömallin pohjalle, kaikkien toimenpiteiden pohjana on oltava tarkka henkilökohtaisen taustan tuntemus. On tarpeen luoda selkeä kuva ongelmajuomisen sekä siihen liittyneiden erilaisten tiedollisten, emotionaalisten, sosiaalisten, ympäristöperäisten ja fysiologisten tapahtumien välisistä suhteista. Tässä arvioinnissa ei luoteta pelkästään ongelmakäyttäjän itsensä antamaan tietoon, koska kuva tällöin jää helposti yksipuoliseksi unohtamisen sekä tahallisen tai tahattoman asioiden vääristelyn johdosta. Selkeän arvioinnin takaamiseksi on tarpeen kerätä tietoja mm. sukulaisilta, ystäviltä ja työnantajilta. Tietojen saantia varten on kehitetty erilaisia lomakkeita. Menetelmänä on käytetty myös alkoholin käytön tarkkailua erilaisissa enemmän tai vähemmän todellisia olosuhteita muistuttavissa juomistilanteissa.

Laaja-alaisen oppimisterapian pohjana olevassa arviossa mutkikkaat ongelmat pyritään ikään kuin hajottamaan osaongelmiksi, käyttäytymisen komponenteiksi. Osaongelmia varten pyritään sitten luomaan erilliset, mutta kokonaistavoitetta palvelevat käsittelymenetelmät. Olettakaamme, että henkilön A raju juominen on alkanut reaktiona tilanteeseen, jossa seuraavat olosuhteet vaikuttavat samanaikaisesti: riita vaimon kanssa, esimiehen arvostelevat huomautuk-

set, loukkaantumisen ja vihan tuntemukset, ystävän rohkaisu, että "tuikka auttaa murheeseen". Hoito voidaan tällöin suunnata uusien reaktiotapojen opettamiseen riita- ja arvostelutilanteissa sekä kaverin tarjotessa ryyppyä. Sen sijaan yleisen ahdistuneisuuden ja heikon itsetunnon käsittelymenetelmiä ei voida yhtä helposti määritellä.

Varsinaisen juomiskäyttäytymisen ohella on alkoholiongelmaisen toimintaa kaikilla tärkeillä elämänalueilla pyrittävä arvioimaan ennen hoitoa, sen aikana ja sen jälkeen. Tämä on tarpeen ensinnäkin siksi, että krooninen ongelmajuominen johtaa tavallisesti aviollisiin, sosiaalisiin, emotionaalisiin ja ammatillisiin ongelmiin, jotka on pystyttävä selvittämään yhdessä juomisen kanssa. Toiseksi sosiaaliset ja tunne-elämän ongelmat saattavat toimia juomista edeltävinä tapahtumina ja siten ylläpitää sitä.

### *Ongelmakäytön vaihtoehdot*

Oppimisteoreettisessa viitekehyksessä alkoholin väärinkäyttö nähdään lähinnä epätarkoituksenmukaisena oppimistuloksena, "vääränä" reagoititapana elämisen ongelmiin. Tämän "väärän" oppimisen tilalle on mahdollista oppia uusia, tarkoituksenmukaisempia, yksilön ja hänen ympäristönsä kannalta vähemmän vahingollisia käyttäytymismuotoja. Oppimisterapeuttinen suuntaus pyrkiikin varsin suoraan ja konkreettisesti vastaamaan apua hakevan alkoholiongelmaisen tavallisiin kysymyksiin: Mitkä ovat juomisen vaihtoehdot, mitä viinan tilalle?

Juominen edeltää usein tilanteita, joissa ongelmajuojan taito toimia selvin päin on puutteellinen. Alkoholistin sosiaaliset taidot, itsehallinta, kyky rentoutua, toimia työelämässä tai viettää vapaa-aikaansa, ovat monesti vajavaiset. Oppimisterapeuttien mielenkiinto onkin suuntautunut paljolti puuttuvien taitojen opettamiseen ja harjaannuttamiseen. Sosiaalisten taitojen kohdalla on keskitytty erityisesti itsevarman käyttäytymisen (assertive training) harjaannuttamiseen

sekä *avioliiton vuorovaikutussuhteessa toimimiseen*. Välittömän ja objektiivisen palautteen antamiseksi on hoitotyössä käytetty mm. kuvanauhoituslaitteita. Monet ongelmakäyttäjät ovat sosiaalisissa tilanteissa epävarmoja ja myötäileviä, omasta vakaumuksesta ja mielipiteestä on vaikea pitää kiinni. Tyypillinen itsevarmuuden harjoittamisen muoto on tilanne, jossa olisi kieltäydyttävä tarjotusta ryypystä. Terapeutit ovat analysoineet tällaisia tilanteita tarkoin. Hoidossa pyritään opettamaan yksittäisiä repliikkejä myöten taito selviytyä näistä tilanteista silloinkin, kun ryypyn tarjoaja on erityisen sitkeä. Apuna voidaan käyttää rooli-harjoituksia. Paitsi kielellisen ilmaisun tasolla näitä taitoja voidaan harjoittaa erilaisilla luovan toiminnan harjoituksilla.

*Liharrentoutusta* on myös pyritty opettamaan juomisen vaihtoehtona etenkin sellaisille alkoholisteille, joilla ahdistuneisuus selvästi edeltää juomiskäyttäytymistä. Myös yhtenä oppimisterapeuttien perusmenetelmänä tunnettua *systemaattista desensitisaatiota* on käytetty silloin, kun alkoholi on ollut väline kohteellisten pelkotilojen lääkitsemiseksi. *Itsekontrollin* ja *itsehallintataitojen* opettamista on myös koetettu, vaikka lähestymistapa onkin varsin uusi ja menetelmät kehittyasteella. Perimmältään itsekontrollin lisääntymistä voidaan pitää tavoitteena kaikkien ongelmakäyttäjien kohdalla, onhan alkoholismi hahmotettu paljolti juuri kontrollin menettämisen ongelmaksi. *Työhön ja vapaa-ajan käyttöön liittyvät taidot* nähdään myös tärkeinä juomisen vaihtoehtoina. Esimerkiksi ongelmakäyttäjän selviytyminen työhönottohaastattelusta on tilanne, jonka harjoittelu on monesti tarkoituksenmukaista. Jotkut ongelmakäyttäjät näkevät raitistumisen suuressa määrin vapaa-ajan ongelmana. Uusien vapaa-ajan toimintojen oppiminen ja entisten elvyttäminen ei ole aivan yksinkertaista. Erään tutkimuksen mukaan (Berg & Neulinger 1976) alkoholiongelmaisten käsitys vapaa-ajasta oli selvästi kielteisempi ja passiivisempi kuin normaalin kontrolliryhmän. Hunt ja Azrin

(1973) perustivat terapeuttisessa tarkoituksessa "kuivan" vapaa-ajan kerhon, joka oli entinen kapakka! Kerho organisoii erilaisia vapaa-ajan harrastuksia, myös sellaisia, joihin tavallisesti oli liittynyt alkoholin käyttö. Vapaa-aikaan liittyvistä juomisen vaihtoehtoista *ruumiinkunnan harjoitukset* eri muodoissaan ovat varsin käyttökelpoisia, koska ne ovat monelle entuudestaan tuttuja ja niihin liittyy mm. rentouttavia elementtejä. Joidenkin ongelmakäyttäjien kohdalla nähdään ongelmakäytön vaihtoehtona *kontrolloitujen sosiaalisten juomistaitojen kehittäminen*; tästä aiheesta tuonnempana.

Ongelmakäytölle vaihtoehtojen käyttäytymismallien perusvaikeus on niiden kilpailukykyisyys totuttuun ongelmajuomiseen verrattuna. Miten voidaan kehittää hoitomenetelmiä, jotka pystyvät kilpailemaan totutun alkoholin käytön kanssa myös ongelmakäyttäjän sosiaalisten ja emotionaalisten tarpeiden tyydyttämisessä? Vastaus tähän kysymykseen on vielä paljolti avoin, mutta useat tutkimukset viittaavat siihen, ettei kyseessä ole taistelu tuulimyllyjä vastaan, kunhan tavoitteet asetetaan realistisesti.

#### *Juomisen seurausvaikutusten muuttaminen*

Vaihtoehtojen käyttäytymismallien opettamisen ohella oppimisterapeuttien huomio on keskittynyt ongelmajuomisen seurausvaikutusten muuttamiseen. Jo aversiohoito pyrki tähän tavoitteeseen vaikuttamalla alkoholin käytön välittömiin psykofysiologisiin seurauksiin. Sosiaalinen oppimisterapia analysoi ongelmakäytön seurausvaikutuksia laaja-alaisemmin. Painopiste onkin siirtynyt juomisen sosiaalisten ja psyykkisten seurausvaikutusten alueelle. Selitysperspektiivinä oleva operantin eli välineellisen ehdollistamisen periaate on kuitenkin sama: käyttäytymistä voidaan säädellä muuttamalla sen seurauksia.

Oppimisterapeutille onkin tärkeää selvittää, *mitkä ovat juomiskäyttäytymistä vahvistavat ja ylläpitävät tekijät*. On



selvää, että sosiaalisen ympäristön tärkeiden ihmisten suhtautuminen on keskeinen juomiskäyttäytymiseen vaikuttava tekijä. Kielteinen huomio, syyttely ja nalkuttaminen voivat ylläpitää juomista. Toisaalta ylläpitäjänä voi olla myös ympäristön liiallinen suojelutaipumus: ystävät tai sukulaiset voivat suojella alkoholi-ongelmaista liikkakäytön normaaleilta sosiaalisilta seurauksilta, varoituksilta, puhutteluilta, pidätyksiltä, lopputililtä jne. Mikäli sosiaalisen ympäristön käyttäytymistä pystytään ohjelmoimaan siten, että suhtautuminen juomiskäyttäytymiseen muuttuu, pystytään vaikuttamaan myös itse tähän käyttäytymiseen.

Sosiaaliseen oppimisteoriaan pohjautuvat hoitostrategiat pyrkivät vaikuttamaan sosiaaliseen ympäristöön niin, että alkoholisti *saa mahdollisimman tehokkaita palkkioita ollessaan raittiina tai juodessaan kohtuullisesti ja mahdollisimman tehokkaita rangaistuksia tai palkkioiden menetyksiä juodessaan liikaa*. Menettelyssä voidaan erottaa seuraavia osatekijöitä: 1) väärinkäyttöä vahvistavien tekijöiden poistaminen, 2) väärinkäytön järjestelmällinen, toistuva ja laaja-alainen sosiaalinen rankaiseminen, 3) väärinkäytölle vastakkaisen käyttäytymisen vahvistaminen ja 4) ongelmajuomiseen tilaisuuden antaneiden ympäristövihiöiden uudelleen järjestäminen.

Juomiskäyttäytymisen seurauksien säätelyssä voidaan käyttää sekä aineellisia että sosiaalisia vahvistajia. Laitoshoidossa on käytetty esimerkiksi ansiopistejärjestelmiä: ongelmakäyttäjä saa suoranaisia aineellisia palkkioita käyttäytyttyään toivotulla tavalla. Toisaalta ongelmajuomisen esiintymisestä saattaa olla seurauksena etuoikeuksien menetyksiä tai muita rankaisuvia seurauksia. Myös sosiaaliset palkkiot, kuten kiitos ja rohkaisu, ei-alkoholistisen käyttäytymisen seurauksina on todettu tehokkaiksi. On myös mahdollista käyttää kirjallisia sopimuksia, joissa selvästi ilmaistaan ongelmakäytön jatkumisesta odotettavissa olevat seuraukset. Tällaisia "kontrahteja" voidaan käyttää mm. aviopuolisoiden

välillä ja työelämässä. Nämä ovat sikäli käyttökelpoisia, että ne selventävät pelisääntöjä ja vetoavat ongelmakäyttäjän vastuulliseen, aikuiseen puoleen.

Juomiskäyttäytymisen seurauksiin vaikuttavan toimintamallin tehokkuus jää riippumaan merkittävästi siitä, missä määrin nämä seuraukset ovat kontrolloitavissa. Laitoshoidossa niitä voidaan varsin hyvin kontrolloida, sen sijaan normaalissa elinympäristössä yleensä vain vähäisessä määrin. Tehokkaan käyttäytymiskontrollin edellytyksenä on vahvistamisen systemaattisuus. Riittävää systemaattisuutta on vaikea tavoittaa normaalissa arkielämässä. Jos esimerkiksi ongelmakäyttäjälle tärkeä sosiaalinen ympäristö, kuten toveripiiri, ei lakkaa palkitsemaasta juomiskäyttäytymisestä, terapeutin väliintulon vaikutukset ovat tuskin pysyviä.

### *Seuranta-arviointi*

Oppimisterapiatekniikkojen soveltamiseen kuuluu elimellisenä osana pyrkimys objektiiviseen ja järjestelmälliseen hoidon seurantaan ja tuloksien arviointiin. Tämä seuranta kytkeytyy kiinteästi hoidon alussa suoritettuun arviointiin ja sen tarkoituksena on mitata hoidon aikana tapahtuneita käyttäytymisen muutoksia. Yksilön käyttäytymistä verrataan hänen aikaisempaan käyttäytymiseensä, ei siis mihinkään keino- tai hoitomenehtyksen standardiin, kuten esimerkiksi vuoden mittaiseen täydelliseen raittiuteen tms. Tällä tavoin pyritään saamaan eriytnyt käsitys niistä toiminnoista ja käyttäytymisen osa-alueista, joihin hoito- menetelmillä on kyetty vaikuttamaan.

Tulosten luotettavuuden varmistamiseksi pyritään yhteismitallisuuteen alkuarviossa sovellettavien menetelmien kanssa. Pyritään jälleen, kuten alkuarviossakin, käyttämään kaikkia mahdollisia tietolähteitä ongelmakäyttäjän oman raportoinnin lisäksi. Vaikka painopiste on luonnollisesti alkoholin käytössä tapahtuneilla muutoksilla, pyritään tietoa keräämään myös muilta osa-alueilta: suoriutu-

misesta sosiaalisella ja emotionaalisella elämänalueella, sopeutumisesta työelämään tai koulutukseen sekä terveydentilan kehittymisestä. Ongelmakäyttäjää rohkaistaan päiväkirjan tyyppisten itsearvioiden laatimiseen. Yleensä ei tyydytä yhden ajankohdan tarkasteluun, vaan esimerkiksi seurantaan neljännesvuosittain ainakin alkuvaiheessa, terapeuttisen väliintulon tapahduttua.

## KONTROLLOIDUN JUOMISEN TAVOITTE

Kiistely siitä, voiko ”alkoholisti” (alkoholistiksi leimautunut henkilö) koskaan oppia juomaan ”kohtuullisesti” ja voidaanko kohtuukäyttöä mahdollisesti pitää ehdottomalle raittiudelle vaihtoehtoisena hoitotavoitteena, on jatkunut siitä lähtien, kun D. L. Davies vuonna 1962 esitti tapausselostetut seitsemästä alkoholistina hoidetusta miehestä, jotka olivat kyenneet juomaan ”normaalisti” hoidon jälkeen 7–11 vuoden seuranta-ajalla. Puolentoista vuosikymmenen aikana on ilmestynyt lukuisia tutkimuksia, joissa on voitu osoittaa alkoholin ongelmakäyttäjien pystyneen eriasteiseen juomisen kontrolliin ainakin tietynlaisten olosuhteiden vallitessa. Näiden tutkimusten yksityiskohtainen kuvaaminen tässä yhteydessä ei ole mahdollista.<sup>1</sup> Tietoa hallitun juomisen mahdollisuudesta hoitotavoitteena on kuitenkin saatu jo niin runsaasti, että kriittisesti suhtautuva tutkija tai hoitotyöntekijä ei voi jättää sitä huomiotta.

Miller ja Caddy (1977) analysoivat näiden perinnäisen alkoholistikäsityksen kanssa yhteensopimattomien tutkimustulosten selitysyriksiä. Ensinnäkin on esitetty juomisen hallinnan olevan vain ajoittaista. On vain ajan kysymys, milloin alkoholisti jälleen menettää kontrollin. Tämän selityksen mukaan hallittu juominen ei olisi mikään uusi ilmiö, vaan se esiintyisi ajoittain myös alkoholistien

juomishistoriassa. Toiseksi kontrolloidun juomisen onnistuminen on yritetty selittää virheellisen diagnoosin pohjalta: kyseinen potilas ei ollutkaan ”todellinen alkoholisti”. Tähän selitykseen sisältyy kehäpäätelmä, jonka perustana on määritelmä alkoholistista kohtuukäyttöön kykenemättömänä ihmisenä. Kohtuukäyttöön pystyvä ihminen ei määritelmän mukaan voi olla alkoholisti.

Kolmas selitysmalli perustuu oletukselle, että perinnäinen alkoholismikäsitys on virheellinen. Koska diagnosoidut alkoholistit eivät näytä menettävän kontrollia saadessaan alkoholia ja koska monet heistä näyttävät pystyvän pitkiä aikoja ylläpitämään juomisen hallintaa, perinteinen alkoholismikäsitys olisi tämän selityksen mukaan väärä. Kirjoittajat esittävät näille selitysmallleille vaihtoehtoiset tulkinnot: a) kontrolloitu juominen on saavutettavissa ja ylläpidettävissä oleva tavoite joillekin, mutta ei kaikille ongelmajuojille ja b) nykyiset alkoholismidiagnosointiperusteet eivät tarkoituksenmukaisesti ennusta erilaisia reaktioita hoitoon eivätkä ole onnistuneet erottamaan potentiaalisia kohtuujoujia niistä, joille ehdottomuus on välttämätön päämäärä.

Sellaiset hoitomallit, jotka pitävät hoidon onnistumisen ainoana kriteerinä ehdotonta raittiutta, eivät ota huomioon muita luonteeltaan merkitseviä juomiskäyttäytymisen muutoksia. Järvenpään sosiaalisairaalan seuranta-tutkimusten mukaan vain noin 10 % vastanneista ilmoittaa olleensa täysin raittiina puolen vuoden seuranta-ajalla hoidon päättymisestä, kun taas noin 40 % kertoo käytön vähentyneen (Kekki & Uitto 1974; Kuurne 1976). Käytön vähentyminen ei tietenkään sinänsä merkitse kohtuullisen juomataidan oppimista. Käytön väheneminen voidaan selittää esimerkiksi edellä mainitun ajoittaisen kontrollikyvyn pohjalta. Lisäksi vähentyneeseenkin käyttöön voi sisältyä hallitsemattoman juomisen jaksoja. Silti tämän huomattavan asiakasjoukon pitäminen terapeuttisena epäonnistumisena on kohtuutonta ja asiatonta,

<sup>1</sup>Näistä tutkimuksista ks. esim. Hamburg (1975), Miller (1976), Popham & Schmidt (1976), Poikolainen (1974) ja Sandahl (1977) kirjallisuusviitteineen.

etenkin kun suuri osa käyttöönsä vähentäneistä ilmaisi muutoinkin hyötynensä hoidosta.

Ehdoton raittius on ollut perinteellisesti hoidon päätavoite. Kun kohtuukäytön oppimista on pidetty mahdottomana, ei ehdottoman raittiuden päämäärän ja siihen kytkeytyvän alkoholistikäsityksen heikkouksia ole paljon pohdittu. Monille ongelmakäyttäjille ehdottomuustavoite ja alkoholistiksi leimautumisen riski viivästyttävät hoitoon hakeutumista tarpeettoman pitkään. Alkoholistiksi leimautumista ja alkoholisti-identiteetin omaksumista lienee tutkittu varsin vähän, mutta tällä prosessilla on varmasti seurauksensa hoitomuotojen valinnan ja hoidon onnistumisen kannalta (Halonen 1978). Monet ongelmakäyttäjät kokevat elinikäisen raittiustavoitteen ahdistavana ja mahdottomana saavuttaa. Ahdistusta aiheuttavat pidättyvyydestä johtuen myös sosiaaliset tilanteet, joissa alkoholin käyttö on normi ja pidättyvyys poikkeavuutta. Ahdistuksen lähteenä voi myös olla pelko siitä, että jonakin päivänä juomiseen ratkeaminen kuitenkin tapahtuu ja — kontrollin menetyksen vääjäämättömyyden vuoksi — johtaa rajuun kierteeseen (Hamburg 1975). Alkoholistiksi leimautuminen on luonteeltaan sosiaalinen prosessi, jolla on myös moraalinen puolensa: kun alkoholistien ja kohtuukäyttäjien väliin asetetaan selvä raja, voivat jälkimmäiset eli sosiaaliset, "terveet" käyttäjät surutta jatkaa juomistaan edellisten joutuessa vain lipomaan kiel-tään.

On tarpeen korostaa, että oppimisterapeutit pitävät kontrolloitua juomista *joillekin* ongelmakäyttäjille mahdollisena raittiudelle *vaihtoehtoisena* hoidon päämääränä. Vaikka tavoitteen asettaminen onkin tarpeen, eivät vaihtoehtoisia tavoitteita palvelevat hoito-ohjelmat välttämättä ole yhteen sovittamattomia. Niinpä hoidon välittömänä tavoitteena voidaan kummassakin tapauksessa pitää alkoholin käyttöön liittyneiden elämängelmien lievittämistä. Yksilölliset hoito-ohjelmat pyritään laatimaan ikään

kuin räätälintyönä, sen sijaan että yksilöt pyrittäisiin sijoittamaan samanlaiseen hoito-ohjelmaan, valmiiksi mitoitettuun Prokrusteen vuoteeseen.

Keiden kohdalla hoitotavoitteeksi siten olisi asetettava kontrolloitu juominen ja keiden kohdalla olisi pyrittävä ehdottomuuteen? Tästä ei ole vielä olemassa riittävää empiiristä tietoa. Oppimisterapeuttien keskuudessa pidetäänkin tärkeänä lähitavoitteena alkoholiongelmaitten eri alaryhmille sopivimpien hoitomenetelmien kehittämistä ja tätä palvelevaa tutkimusta. Olisi tietenkin houkuttelevaa väittää, että kontrolloitu juominen sopii ongelmakäyttäjille ja ehdottomuus alkoholisteille. Diagnostinen ja terminologinen epäselvyys tekevät asian kuitenkin moniselitteiseksi. Miller ja Caddy (1977) lähestyvät kysymystä luettelemalla vaihtoehtoisten päämäärien kontraindikatioita eli tekijöitä, joiden vallitessa ko. päämäärään ei tule pyrkiä. Näiden empiirinen todentaminen on kuitenkin tulevaisuuden tehtävä.

Seuraavien tekijöiden vallitessa kontrolloitua juomista ei tule asettaa tavoitteeksi: 1) etenevä maksasairaus, joka alkoholin käytön jatkuessa voi johtaa hengenvaaraan; 2) muut ilmeiset terveysongelmat tai psykiatrinen sairaus, jota kohtuullinenkin alkoholin käyttö saattaisi vakavasti pahentaa; 3) potilaan henkilökohtainen sitoutuminen tai halukkuus ehdottomaan raittiuteen; 4) vahvat ulkoiset ehdottoman raittiuden vaatimukset; 5) patologisen humalatilan esiintyminen, ts. potilaalla esiintyy säännöllisesti tai usein pientenkin alkoholimäärien yhteydessä kontrolloimatonta tai outoa käyttäytymistä; 6) äskettäin esiintynyt ruumiillinen alkoholiriippuvuus; 7) sellainen lääkitys, joka saattaa muodostaa vaaran yhdessä alkoholin kanssa; 8) vaikeita juomaongelmia seurannut parhailaan menestyksellisesti jatkuva ehdoton raittius; 9) aiempi epäonnistuminen kohtuukäyttöön suuntautuneessa hoidossa.

Ehdottoman raittiuden päämäärää ei tulisi asettaa seuraavissa tapauksissa: 1) potilas kieltäytyy hyväksymästä raittius-



tavoitetta; 2) voimakkaat ulkoiset vaatimukset alkoholin käytöstä; 3) kun kyseessä on nuori potilas, jonka ongelmajuominen on ilmeisesti varhaisvaiheessa eikä fyysistä riippuvuutta tai merkittäviä sosiaalisia haittoja ole esiintynyt; 4) aiempi epäonnistuminen ehdottomuuteen tähdänneessä hoidossa, etenkin jos aiotaan soveltaa samoja hoitomenetelmiä kuin aikaisemmin.

## ARVOSTELUA

Oppimisteorioihin perustuvat menetelmät edustavat monessa suhteessa edistystä päihdeongelmaisten hoitotyössä. Suhtautuessaan kriittisesti perinnäisiin käsityksiin alkoholismien olemuksesta oppimisterapeuttinen linja samalla tarjoaa koko joukon uusia metodisia lähtökohtia alkoholiongelmaisten hoitoon. Oppimisteorioiden tarjoama viitekehys on konkreettinen ja suhteellisen helposti omaksuttavissa. Sen pohjalle laaditut hypoteesit ovat yleensä helposti asetettavissa empiirisesti koeteltaviksi. Arviointi ja seuranta liittyvät elimellisesti hoitomenetelmien suunnitteluun ja toteutukseen ja antavat pohjan menetelmien edelleen kehittämiseksi.

Arvostelua voidaan kohdistaa oppimisteorioiden yleisiin lähtökohtiin ja niiden ihmiskäsitykseen. Ihminen on nähty paljon passiivisena ympäristöärsyksiin reagoivana olentona, ei niinkään tavoitteellisesti toimivana, elinolojaan ja ympäristöään muuttavana vaikuttajana (vrt. Leontjev 1977). Oppimisteoreettinen perustutkimus on käyttänyt hyväkseen eläinkokeista saatua tietoa, jolloin ihmisen erityislaatu on jäänyt vähemmälle huomiolle. Edelleen voidaan väittää oppimisterapioiden käsittelevän ihmistä erilaisten käyttäytymismuotojen summana eikä jäsentyneenä toiminnallisena kokonaisuutena. 70-luvulla on kuitenkin sosiaalisen oppimisteorian piiristä lähdetty oikomaan vääristymiä ja kehittämään teoriaa edelleen.

Suomessa on oppimisterapeuttisia periaatteita sovellettu alkoholiongelmaisten

hoitoon hyvin niukalti eikä hoitoperinnettä ole päässyt muodostumaan. Ei liene epäilystäkään siitä, etteivätkö oppimisterapian periaatteet olisi laajalti sovellettavissa alkoholiongelmiin hoitoon myös meillä. Sen sijaan ei ole paljonkaan tietoa siitä, missä määrin kansalliset erityispiirteemme, kuten kuulu suomalainen juomatapamme, vaikuttavat näiden menetelmien käyttökelpoisuuteen; missä määrin esimerkiksi kontrolloitu juominen voitaisiin ottaa hoitotavoitteeksi suomalaisten ongelmakäyttäjien kohdalla.

## KIRJALLISUUS

Berg, C. & Neulinger, K.: Alcoholics' perception of leisure. *J. Stud. Alc.* 37: 1625—1632, 1976

Blake, B. G.: A follow-up of alcoholics treated by behavior therapy. *Beh. Res. Ther.* 5: 89—94, 1967

Davies, D. L.: Normal drinking in recovered alcohol addicts. *J. Stud. Alc.* 23: 94—104, 1962

Halonen, I.: Kommenttipuheenvuoro seminaariraportissa Savio, A. & Sulkuinen, P. (toim.): Alkoholistihuollon keinot ja tuloksellisuus. Järvenpään sosiaalisairaalan julkaisuja 1/1978

Hamburg, S.: Behavior therapy in alcoholism. A critical review of broad-spectrum approaches. *J. Stud. Alc.* 36: 69—87, 1975

Hunt, G. A. & Azrin, N. H.: A community reinforcement approach to alcoholism. *Beh. Res. Ther.* 11: 91—104, 1973

Kekki, J. & Uitto, K.: Seurantatutkimus vuonna 1972 Järvenpään sosiaalisairaalassa hoidetuista potilaista. Järvenpään sosiaalisairaalan julkaisuja 1/1974

Kuurne, K.: Seurantatutkimus Järvenpään sosiaalisairaalassa vuonna 1973 hoitonsa päättäneistä huollettavista. Järvenpään sosiaalisairaalan julkaisuja 2/1976

Leontjev, A. N.: Toiminta, tietoisuus, persoonallisuus. Kansankulttuuri, Helsinki 1977

Miller, P. M.: A comprehensive behavioral approach to the treatment of alcoholism. In: Tarter, R. E. & Sugarman, A. A.



(eds.): Alcoholism. Addison-Wesley, London 1976

Miller, W. R. & Caddy, G. R.: Abstinence and controlled drinking in the treatment of problem drinkers. *J. Stud. Alc.* 38: 986—997, 1977

Pattison, E. H. & Sobell, M. B. & Sobell, L. C.: Emerging concepts of alcohol dependence. New York 1977

Poikolainen, K.: Juomisen hallinta ja alkoholismi. *Sosiaalilääketieteellinen ai-*

*kakauslehti* 11 (5): 265—269, 1974

Popham, R. E. & Schmidt, W.: Some factors affecting the likelihood of moderate drinking by treated alcoholics. *J. Stud. Alc.* 37: 868—882, 1976

Rachman, S. & Teasdale, J.: Aversion therapy and behavior disorders. University of Miami Press, Coral Gables 1969

Sandahl, C.: Traditionella begrepp inom alkoholistvården i konflikt med nya data. *Alkohol och narkotika* 71 (8): 1—7, 1977.

*Alkoholipolitiikka Vol. 43: 304—312, 1978*